Conseil du Contentieux des Etrangers

Arrêt

n° 263 149 du 28 octobre 2021
dans l'affaire X/ III

En cause : X

Ayant élu domicile : chez Me H. VAN WALLE, avocat,
Rue Berckmans 89,
1060 BRUXELLES,

Contre :

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

LE PRESIDENT F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 11 mai 2021 par X, de nationalité guinéenne, tendant à la suspension et l'annulation de « *la décision de non-prolongation de son CIRE octroyé sur base de l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 avec ordre de quitter le territoire prise en date du 22 mars 2021 et notifiée le 9 avril 2021 ».*

Vu le titre Ier bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 4 octobre 2021 convoquant les parties à comparaître le 28 octobre 2021.

Entendu, en son rapport, P. HARMEL, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me H. VAN WALLE, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me S. ARKOULIS *loco* Mes D. MATRAY et S. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. La requérante est arrivée sur le territoire belge en date du 11 juillet 2016 en possession d'un visa norvégien.

1.2. Le 24 août 2017, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980. Un titre de séjour d'un an lui a été octroyé le 16 octobre 2017, lequel a ensuite été prolongé jusqu'au 27 mars 2021.

1.3. En date du 22 mars 2021, la partie défenderesse a pris une décision de refus de prolongation de son titre de séjour, notifiée à la requérante le 9 avril 2021.

Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« *Me référant à la demande de prolongation de l'autorisation de séjour, introduite en date du 12.03.2021 auprès de notre service par:*

[…]
en application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, introduit par l'article 5 de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980, en application de l'article 13 de la loi du 15 décembre 1980, modifié par l'article 12 de la loi du 15 septembre 2006, je vous informe que, conformément à l'article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007) et l'article 13 §3,2° de la loi du 15 décembre 1980, une suite favorable n'a pas pu être réservée à cette demande de prolongation du séjour.

En date du 24.08.2017, l'intéressée a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter auprès de nos services. Cette demande a été déclarée fondée le 27.03.2018 et l'intéressée a été mise en possession d'un certificat d'inscription dans le Registre des Étrangers, valable du 18.04.2018 au 27.03.2019 et prorogé en dates du 18.03.2019, ce CIRE ne peut plus être prorogé.

Motifs :

Le problème médical invoqué par B., R. ne peut être retenu pour justifier la prolongation du titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

Le médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine a été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour au pays d'origine, la Guinée.

Dans son avis médical rendu le 22.03.2021 (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que le traitement est maintenant disponible. Le suivi médicamenteux et autre qui restent nécessaires, sont également disponibles et accessibles à la requérante.

Le médecin de l'OE précise également dans son avis que sur base des données médicales transmises, la requérante est capable de voyager et n'a pas besoin d'aide d'une tierce personne et qu'il n' y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.

Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007) fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980) ; qu'il a été vérifié si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire.
Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

Rappelons que le médecin de l'Office des Etrangers ne doit se prononcer que sur les aspects médicaux étayés par certificat médical (voir en ce sens Arrêt CE 246385 du 12.12.2019). Dès lors, dans son avis, le médecin de l'OE ne prendra pas en compte toute interprétation, extrapolation ou autre explication qui aurait été émise par le demandeur, son conseil ou tout autre intervenant étranger au corps médical concernant la situation médicale du malade (maladie, évolution, complications possibles…) ».

A la même date, un ordre de quitter le territoire a été pris à l'encontre de la requérante, lequel constitue le second acte attaqué qui est motivé comme suit :

« *Il est enjoint à […]*
de quitter le territoire de la Belgique, ainsi que le territoire des États qui appliquent entièrement l'acquis de Schengen, sauf si elle possède les documents requis pour s'y rendre,
dans les 30 jours de la notification de décision.

MOTIF DE LA DECISION :

L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants :

En vertu de l'article 13 §3, 2° de la loi du 15 décembre 1980, l'étranger ne remplit plus les conditions mises à son séjour : la demande de prorogation du titre de séjour accordé sur base de l'article 9ter, datée du 12.03.2021, a été refusée en date du 22.03.2021 ».

2. Exposé des moyens d'annulation.

2.1.1. La requérante prend un premier moyen de « *la violation des articles 1 à 4 de la loi du 29.07.1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 62 de la loi du 25.12.1980 et du principe général de motivation adéquate des décisions.*
Violation de l'article 9 ter de la loi du 15.12.1980.
Violation de l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007.
Violation des principes de bonne administration et de sécurité juridique, du principe de proportionnalité et de légitime confiance.
Erreur manifeste d'appréciation.
Violation du principe de légalité, et plus particulièrement du principe « Patere legem quarn ipse fecisti ».

2.1.2. Après avoir appelé les termes des articles 13 de la loi précitée du 15 décembre 1980 et 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007, elle relève que le médecin conseil de la partie défenderesse s'est basé sur les attestations médicales qu'elle a déposées à l'appui de sa demande de prolongation pour rendre son avis médical. Toutefois, elle déclare qu'il convient, tout d'abord, de considérer ses pathologies et son état de santé sur la base desquels l'autorisation de séjour lui a été octroyée.

A cet égard, elle relève que la décision qui l'a autorisée au séjour pour une durée d'une année renvoie à l'avis médical du 5 mars 2018 qui mentionne : « *Virus résistant à la majorité des médicaments issus de 2 classes (NRTI et NNRTI). La patiente est donc traitée depuis mars 2017 par Rezolsta (Darunavir/cobicistat) et Descovy (Emtricitabine/TAF) avec une bonne réponse virologique depuis lors. (...) Les certificats médicaux permettent d'établir que l'intéressée présente une affection médicale qui entraine momentanément un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique en raison de l'indisponibilité actuelle au pays d'origine d'une partie de la thérapeutique requise* ».

En outre, elle souligne que le second avis médical du 12 mars 2019 stipulait : « *Pathologies actives actuelles avec le traitement :*
HIV type 1, diabète type 2, insuffisance rénale chtonique, rectorragies sur hémorroïdes, hypercjolestérolémie et goncilgie. Le traitement se compose de fludex, daflon, ferograd, unidiamicron, descovy et rezolsta. Suivi en néphrologie, infectiologie, endocrinologie, médecine générale et gastroentérologie tous les 3 à 6 mois.
Disponibilité et accessibilité : sans objet vu l'indisponibilité du darunavir et du cobicistat, composants du rezolsta en Guinée ».

Enfin, elle constate que le troisième avis médical du 22 mars 2021 a mené à une décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour. Elle relève que ce dernier se base sur deux requêtes MedCOI et a conduit le médecin conseil à considérer que *« la metformine, le glicazide, la linagliptine, l'atorvastatine, l'insuline glargine, le raltegravir pour remplacer le biktarvy (bictégravir comme inhibiteur d'intégrase), l'emtricitabine et le tenofovir sont disponibles en Guinée. Les suivis en endocrinologie ainsi que le matériel d'autocontrôle du diabète sont disponibles en Guinée.*
Le séjour précédent était lié au fait de l'indisponibilité du darunavir et du cobicistat, composants du rezolsta en Guinée. Ce traitement a été remplacé par le biktarvy dont des équivalents sont disponibles et accessibles en Guinée. Il s'agit d'un changement radical de la situation de santé et durable (car depuis 2020). Le traitement du diabète est également disponible et accessible en Guinée ».

Or, elle prétend que les changements ne sont pas radicaux ou encore non temporaires et ajoute que les conditions sur la base desquelles l'autorisation de séjour a été octroyée existent encore pour les raisons qu'elle cite, à savoir : « a) *Le traitement VIH reçu en Belgique (le Bictegravir composant du Biktarvy) est remplacé par le médecin-conseiller par un autre médicament disponible en Guinée (le Raltegravir) alors qu'il ne s'agît pas du même médicament. Ce médicament, du même « groupe », selon le médecin traitant de la requérante « a une très faible barrière génétique », ce qui veut dire qu'on devient très facilement résistant, ce qui aura comme conséquence inévitable que plus aucun médicament du groupe 3 fonctionne menant à un virus multi résistant intraitable*
b) La requérante a 61 ans et combine différentes pathologies (HIV, Diabète type 2, insuffisance rénale, et complications abdominales. La preuve de la disponibilité d'un suivi en néphrologie, infectiologie, endocrinologie, médecine générale et gastroentérologie tous les 3 à 6 mois n'est pas apportée ;

c) Le médicament Raltegravir est disponible selon le médecin-conseiller « depuis 2020 » (juillet 2020) ce qui peut difficilement être considéré comme étant « durable »
d) Les ARV sont indisponibles pour la requérante, femme âgée de 61 ans qui n'a jamais travaillé, menant à un déclenchement de la maladie SIDA ».

S'agissant du fait que « *Le Raltegravir n 'est pas le même médicament que le Bictegravir, le Bictegravir est indisponible en Guinée* », elle précise qu'il existe actuellement plusieurs classes de médicaments anti-VIH avec des mécanismes d'action différents. Elle rappelle souffrir d'une forme du virus VIH qui est déjà résistant aux médicaments issus de deux classes et déclare que le médicament qui lui est actuellement prescrit, à savoir le Bictarvy, est un « *combined antiretroviral drug* » et est composé de plusieurs médicaments, le Bictegravir, Emticitabine et Tanofovir. Dès lors, elle relève que le médecin-conseil remplace un composé de ce médicament par un autre médicament, donc pas par un médicament générique, estimant qu'il est « *équivalent* » parce qu'il émane du même « *groupe* » de médicaments.

Cependant, pour prouver sa disponibilité, le médecin conseil joint une requête Medcoi du 9 juillet 2020, laquelle concerne une femme de 36 ans qui est traitée par Raltegravir, Emtricitabine et Tenofovir. La requérante tient à mettre en évidence le fait que son médecin traitant, infectiologue spécialiste au CHU Saint-Pierre, n'est pas d'accord avec cette analyse et conteste qu'il s'agit d'un médicament approprié dans son cas. Il fait même valoir dans une attestation du 11 mai 2021 ce qui suit :

« *Concernant le traitement anti-rétroviral de Mme B., R. pour infection chronique au VIH-1 :*
• La patiente est actuellement traitée par Bictarvy pour un virus résistant à 2 classes thérapeutiques.
• Le raltégravir est bien un médicament de la même classe que le bictégravir (inhibiteur d'intégrase). Néanmoins, la barrière génétique à la résistance du raltégravir (c'est-à-dire la capacité du médicament à résister à l'induction de mutation par le virus) est nettement
inférieure au bictégravir. Le bictégravir est un inhibiteur d'intégrase dit de « deuxième génération » alors que le raltégravir est un inhibiteur d'intégrase de « première génération ».
• L'accès aux antirétroviraux, et spécifiquement aux inhibiteurs d'intégrase tel que le raltégravir, est limité en Guinée. Inévitablement, des interruptions thérapeutiques vont se produire et mener rapidement au développement de résistances croisées à tous les
médicaments de la classe thérapeutique des inhibiteurs d'intégrase.
• Ceci résultera à un variant dit multi-résistant (toutes les classes d'anti rétroviraux), intraitable dans les conditions en Guinée.
• En plus du risque pour la patiente, un variant du VIH-1 multi-résistant est également un risque pour la santé publique globale à moyen terme ».

Dès lors, elle estime que le médecin-conseil peut tenir compte de médicaments génériques disponibles au pays, mais il ne peut pas proposer un autre traitement que celui qui lui a été administré par ses médecins traitants, estimant que le traitement est équivalent. Elle ajoute que son médecin a fait valoir qu'en plus du risque dans son chef, un variant du VIH-1 multi-résistant est un risque pour la santé publique globale et mondiale à moyen terme.

2.1.3. S'agissant du fait qu'elle « *a 61 ans et combine différentes pathologies (HIV, diabète type 2, insuffisance rénale, et complications abdominales. La preuve de la disponibilité d'un suivi en néphrologie, infectiologie, endocrinologie, médecine générale et gastroentérologie tous les 3 à 6 mois n 'est pas apportée* », elle relève les pathologies mentionnées dans le certificat médical du docteur [D.] et relève que celui du docteur [V.] mentionne « *Diabète de type 2, compliqué de néphropathie, devenu insulino-requérant en juin 2020 ».*

Ainsi, elle constate que, dans l'avis médical, le médecin conseil ne fait non seulement pas référence aux pathologies complètes, mais il n'analyse pas non plus la disponibilité d'un suivi en Guinée par un néphrologue, infectiologie, endocrinologie ainsi qu'en médecine générale et en gastroentérologie tous les trois à six mois, de sorte que la preuve de la disponibilité des soins n'est pas apportée.

En ce qui concerne la disponibilité du Raltegravir, elle rappelle les termes de l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 et estime que cela peut difficilement être considéré comme durable. Elle ajoute que le médecin conseil n'a apporté aucune information récente sur la disponibilité en 2021 de ce médicament précis ce alors que la pandémie a durement frappé la fourniture des médicaments.

Dès lors, elle estime qu'« *il n'est donc pas clair de la décision attaquée que le médicament Raltegravir, qui n'est donc pas le médicament prescrit à [la requérante] en Belgique mais un autre médicament du même groupe d'antiviraux, est durablement disponible en Guinée et est encore disponible actuellement* ». Elle ajoute même qu'il ressort de rapports qu'elle cite que ce traitement ne serait pas disponible actuellement en Guinée.

2.1.4.1. Premièrement, s'agissant du fait que « *Le traitement est indisponible et inaccessible pour la requérante, femme âgée de 61 ans (qui n'a jamais travaillé, menant à un déclenchement de la maladie SIDA* », et se référant aux travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, elle souligne que « *le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* ».

Elle tient, tout d'abord, à insister sur le fait qu'un traitement approprié dans son cas consiste en une équipe de médecins spécialisés qui maitrisent non seulement la matière mais présentent aussi une connaissance approfondie de son dossier, qui combine différentes pathologies (infection par le VIH multi-résistant, diabète type 2 insulino-requérant, insuffisance rénale chronique, hypertension artérielle, gastrite chronique).

Par ailleurs, elle fait référence aux propos de son médecin traitant dans le certificat médical type du 2 mars 2021 et le fait que : « *la mesure régulière (au min 2x/an) de la charge virale et des CD4 et la délivrance stricte des médicaments sont indispensables afin d'éviter et de pouvoir détecter au plus tôt un échappement viral au traitement qui, s'il n'est pas pris en charge immédiatement, mènera au développement de résistances virales supplémentaires au traitement (virus multirésistant).*
L'accès au traitement comporte l'accès aux antirétroviraux mais également l'accès à un suivi médical de qualité, comportant la surveillance des toxicités médicamenteuses, de l'efficacité du traitement et du développement éventuel des résistances tous les 3 à 4 mois dans un centre spécialisé sous peine de développer la maladie et de décéder. Les antirétroviraux et le suivi médical spécialisé ne sont accessibles qu'à une minorité de patients privilégiés qui eux-mêmes doivent interrompre fréquemment leur traitement en raison des multiples ruptures de stock. ».

Elle souligne le fait que la prise des bons médicaments, tous les jours, est indispensable, et que même une courte interruption peut mener au déclenchement de la maladie du SIDA. Elle précise également que l'accès à un suivi de qualité n'est pas garanti en Guinée et qu'il y a très fréquemment des ruptures de stock, qui, dans son cas, mènerait au déclenchement de la maladie du SIDA.

2.1.4.2. Deuxièmement, elle souligne qu'il ressort des chiffres publiés par UNAIDS que l'accès aux ARV est très limité en Guinée et s'élève qu'à 57% alors qu'il y a très fréquemment des ruptures de stock.

Elle mentionne le rapport publié par OSAR le 12 octobre 2018, intitulé « *Guinée : traitement du VIH/SIDA* », lequel montre très clairement que les ARV sont inaccessibles en Guinée pour une personne comme elle, menant alors vers une interruption du traitement et donc un déclenchement de la maladie du SIDA.

De plus, le rapport de l'OSAR susmentionné fait également état de la situation déjà dramatique en 2018 en Guinée et les fréquentes ruptures de stock et sérieux problèmes d'approvisionnement des médicaments de première et deuxième ligne. En effet, il y apparaît que les médicaments de troisième ligne, comme son traitement, sont indisponibles.

Ainsi, elle précise que le médecin-conseil combine un médicament de troisième ligne (Raltegravor) avec un médicament de deuxième ligne (Tenofovir), qui selon le rapport de l'OSAR est fréquemment indisponible.

En outre, elle apporte une attestation du médecin l'ayant traitée dans le passé en Guinée attestant en date du 30 mai 2021 de la « *fréquence de ruptures d'antirétroviraux dans son centre, de sorte que, vu les complications de la requérante, sa maladie ne peut être traité en Guinée* ».

2.1.4.3. Troisièmement, elle relève qu'aucune analyse de l'impact de la pandémie sur l'approvisionnement des médicaments et de la disponibilité des soins n'a été réalisée. Or, elle mentionne qu'il ressort du rapport de MSF du 16 avril 2016 que seulement un quart des personnes

infectées reçoivent des ARV en Guinée et que la crise Ebola a causé des interruptions de traitements et des ruptures de stock.

Or, elle relève qu'aucune enquête n'a été menée par le médecin conseil pour connaître l'impact de la crise sanitaire du COVID-19 sur la disponibilité et l'accessibilité des traitements médicaux en Guinée.

Elle précise que la Guinée fait actuellement face, simultanément, à une pandémie de coronavirus, une épidémie de rougeole, une épidémie de fièvre jaune et des nouvelles infections au virus Ebola, qui ensemble exercent une pression énorme sur les installations médicales.

Elle mentionne également un article du 10 décembre 2020 intitulé « *Guinée, assurer la continuité des soins en temps ce COVID-1*9 » et souligne que le coordinateur de l'hôpital Ignace Deen à Conakry témoigne que la pandémie « *a durement frappé les équipes sur le terrain et considérablement compliqué la prise en charge des plus vulnérables, en particulier les personnes vivant avec le VIH/sida*.».

2.1.4.4. Quatrièmement, elle souligne la faible couverture en infrastructures médicales permettant de détecter la charge virale, et déclare que les hôpitaux de Guinée sont en manque d'infrastructures, d'équipements et autres technologies de santé de qualité. A ce sujet, elle fait référence au rapport de l'OSAR précité et mentionne les propos tenus par le docteur [D.] dans son attestation du 2 mars 2021.

2.1.4.5. Cinquièmement, elle souligne ne pas disposer d'une assurance maladie de sorte que les soins de qualité ne lui seront pas accessibles. A ce sujet, elle rappelle être âgée de 61 ans, ne pas être assurée et n'avoir jamais travaillé de sorte qu'elle ne peut pas se procurer une assurance et ne peut pas faire appel aux services des hôpitaux privés. Elle fait à ce sujet à nouveau référence au rapport de l'OSAR qui mentionne que l'assurance maladie n'est uniquement accessible qu'aux employés du secteur privé.

Dès lors, elle estime que la partie défenderesse ne démontre pas avoir accompli un examen scrupuleux et détaillé de sa situation générale de sorte que l'acte attaqué a manqué à l'exigence de prudence, de bonne foi et de soin qui doit présider à sa motivation, et cette motivation insuffisante ne permet pas d'expliquer à suffisance la décision prise.

Elle ajoute que « *la décision entreprise perd manifestement de vue que toute décision administrative doit se caractériser par une motivation adéquate en fait comme en droit, à la suite d'un examen soigneux du dossier qui lui est soumis* ».

Par conséquent, elle constate que les critères de l'article 9 de l'Arrêté royal du 17 mai 2007 ainsi que ceux de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 ne sont donc pas remplis, raison pour laquelle la décision entreprise doit être annulée.

Elle ajoute que, pour déclarer sa demande non-fondée, la partie défenderesse était tenue de vérifier la disponibilité et l'accessibilité de l'ensemble des soins nécessaires à sa survie. Pour tous ces éléments, elle considère que l'acte querellé a violé l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 dans la mesure où le traitement proposé ne peut être considéré comme un traitement approprié.

2.2.1. Elle prend un second moyen de « *la violation de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme et de sauvegarde des Libertés Fondamentales* ».

2.2.2. Elle estime que la partie défenderesse a méconnu différents aspects essentiels du dossier (les médicaments présents, la disponibilité des médecins et l'accès aux soins en Guinée), ce qui lui a permis de conclure erronément qu'elle ne courrait plus de risques réels de traitement inhumain et dégradant en cas de retour en Guinée.

Or, elle prétend que son dossier démontre de manière irréfutable que si elle était forcée de retourner en Guinée, et vu le risque élevé de développement de la maladie du SIDA même après une courte interruption de traitement en raison du fait que le virus est multi-résistant, elle subirait un risque réel et plus que probable de traitement inhumain et dégradant.

A ce sujet, elle rappelle les termes de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, lequel prohibe en termes absolus les traitements inhumains et dégradants quels que soient les agissements de la personne considérée. Dès lors, il en découle que

la seule pertinence est de savoir s'il existe des motifs sérieux de croire qu'elle serait exposée à un traitement prohibé en cas d'éloignement et précise que l'article 3 précité n'autorise aucun contrôle de proportionnalité, ni aucune balance des intérêts publics et privés en présence.

Elle déclare ainsi que sa situation relève du « *contentieux médical* » et, partant, doit faire l'objet d'un examen à la lumière de l'article 3 de la Convention européenne précitée dont la portée est absolue. Or, elle prétend que la partie défenderesse n'a pas eu égard à l'ensemble des documents faisant partie du dossier qu'elle a déposé et mis à jour lors de la demande de renouvellement de son autorisation de séjour.

Par conséquent, elle estime que l'examen qui est fait par la partie défenderesse du risque qu'elle encourt, est insuffisant au regard d'une norme aussi absolue et fondamentale que celle qui est reprise ci-dessus.

Elle prétend que le caractère absolu de la protection offerte par l'article 3 précité, lié au fait qu'elle a produit tous les éléments permettant à l'autorité de se faire une idée précise, complète et détaillée de son état de santé dans tous ses aspects, obligeait la partie défenderesse à se prononcer sur la compatibilité de sa décision avec le prescrit de l'article 3 de la Convention européenne précitée quant à chacun de ces aspects, sans en omettre les plus importants.

3. Examen des moyens d'annulation.

3.1. S'agissant du premier moyen, l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi précitée du 15 décembre 1980 prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du Ministre ou de son délégué par « *L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne* ».

A cet égard, l'exposé des motifs de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 prévoit que cette disposition concerne « *les étrangers qui souffrent d'une maladie pour laquelle un traitement approprié fait défaut dans le pays d'origine ou de séjour, pour lesquels le renvoi représente un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique, ou qui implique un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans le pays d'origine ou de séjour […]* » (Doc. Parl., Ch., 51, n° 2478/001, p. 34).

Aux termes de l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980, « *L'étranger qui a été autorisé à un séjour limité sur la base de l'article 9ter de la loi, est censé ne plus satisfaire aux conditions requises pour son séjour au sens de l'article 13, § 3, 2°, de la loi, si les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire. Pour ce faire, il faut vérifier si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire* ».

L'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'expliciter les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

3.2. En l'espèce, il ressort du dossier administratif que la requérante a été autorisée au séjour en date du 27 mars 2018 pour une durée d'une année en raison de son état de santé. Ce séjour a été prolongé pour une durée de deux ans suite à l'avis médical du 12 mars 2019. Il ressort de ce dernier avis médical que le médecin conseil a estimé qu'il y avait momentanément un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la requérante au vu de l'indisponibilité du darunavir et du cobicistat, composants du rezolsta dont la requérante avait besoin pour soigner sa pathologie VIH.

Dans l'avis médical du 22 mars 2021 servant de fondement à l'acte attaqué, le médecin conseil a constaté que le traitement nécessaire à la requérante, afin de traiter son VIH, était dorénavant disponible. En effet, il ressort du certificat médical du 2 mars 2021 que le traitement VIH de la requérante a été remplacé par du biktarvy en 2019. Sur la base de cet élément, le médecin conseil de la

partie défenderesse a procédé à une recherche sur la disponibilité du médicament et a constaté que ce dernier était disponible.

En termes de recours, la requérante remet en cause la conclusion tirée par la partie défenderesse dans l'acte querellé selon laquelle « *les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire (…) ; qu'il a été vérifié si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire* ».

Ainsi, premièrement, la requérante remet en cause le remplacement opéré par le médecin conseil dans l'un des composant du nouveau médicament prescrit à cette dernière pour le traitement de son VIH. En effet, le biktarvy est composé de bictégravir, emtricitabine et tenofovir. Si ces deux dernières composantes existent telles quelles en Guinée, ce qui n'est pas remis en cause par la requérante, le bictégravir ne l'est pas mais le médecin conseil estime que le raltegravir peut remplacer ce dernier et est disponible en Guinée. La requérante estime qu'il ne s'agit pas du même médicament et prétend que le médecin conseil ne peut pas remplacer son traitement par un autre qu'il estime équivalent et ce d'autant plus au vu des problèmes de résistance rencontrés par la requérante.

A cet égard, le Conseil relève qu'il apparaît effectivement que dorénavant l'ensemble du traitement nécessaire à la requérante pour traiter sa pathologie « *VIH* » est disponible en Guinée, ce qui constitue un changement radical par rapport à la conclusion tirée par le médecin conseil de la partie défenderesse dans son précédent avis.

Afin de démontrer le caractère inapproprié de ce composant remplacé par le médecin conseil, la requérante se réfère à l'attestation délivrée par le docteur [D.] en date du 11 mai 2021. Or, ce document est postérieur à la prise de l'acte attaqué de sorte qu'il ne peut être fait grief à la partie défenderesse de ne pas en avoir tenu compte dans la mesure où elle n'en avait pas connaissance. En outre, la requérante ne démontre nullement que l'alternative proposée par le médecin conseil ne serait pas une réelle alternative, le simple fait de déclarer que ce composant aurait une très faible barrière génétique, ce qui signifie que l'on devient rapidement résistant, ne peut suffire et ce d'autant plus que cette information est postérieure à la prise de l'acte litigieux.

Par ailleurs, contrairement à ce qu'allègue la requérante en termes de plaidoirie, il appartenait à cette dernière de préciser à l'appui de sa demande de prolongation de séjour qu'il ne pouvait être envisagé de substitution de médicament dans son traitement au vu de l'impact potentiel sur ses possibilités de traitement des résistances qu'elle avait développées jusqu'alors.

Quoi qu'il en soit, l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 exige seulement de la partie défenderesse qu'elle détermine si les soins requis par l'état de santé de la requérante sont disponibles et accessibles au pays d'origine, ce qui a été vérifié en l'espèce. Cependant, contrairement à ce que soutient la requérante, cette disposition n'exige nullement que lesdits soins soient équivalents à ceux dont elle bénéficiait en Belgique.

Ainsi, la Cour européenne des droits de l'homme a déjà jugé que les étrangers sous le coup d'une mesure d'expulsion prise par un Etat ne peuvent, en principe, pas revendiquer le droit à rester sur le territoire de cet Etat afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux qui lui sont fournis, que le fait de subir une dégradation importante de sa situation n'est pas en soi suffisant pour emporter une violation de l'article 3 de la CEDH, et que, sauf circonstances exceptionnelles, cette même disposition ne fait pas obligation à un Etat contractant de pallier les disparités dans le niveau de traitement disponible dans cet Etat et dans le pays d'origine de l'intéressé. (Cour EDH, N. c. Royaume-Uni, 28 mai 2008). De même, le fait que la situation de l'intéressé serait moins favorable dans son pays d'origine que dans l'Etat qui lui fournit une prise en charge médicale, n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la CEDH (Bensaïd c. Royaume-Uni, 6 février 2001). Or, à cet égard, la requérante n'établit pas, par la production d'éléments suffisamment précis, circonstanciés et médicalement étayés, qu'elle se trouverait dans une situation exceptionnelle où la décision attaquée emporterait violation de l'article 3 de la CEDH.

De plus, comme le relève à juste titre la partie défenderesse dans le cadre de sa note d'observations, il apparaît que la résistance au médicament suppose une interruption du traitement (due notamment à une rupture de stock). Or, à ce stade, il n'est pas démontré que ce médicament ferait l'objet d'une rupture de stock de sorte que ce grief apparaît purement hypothétique.

Dès lors, ces griefs ne sont nullement fondés.

Par ailleurs, la requérante fait valoir qu'elle a 61 ans et est suivie pour différentes pathologies (HIV, diabète de type 2, insuffisance rénale et complications abdominales) et que la preuve de la disponibilité d'un suivi en néphrologie, infectiologie, endocrinologie, médecine générale et gastroentérologie n'a pas été rapportée.

A cet égard, il ressort de l'avis médical du 22 mars 2021, que le médecin conseil a examiné la disponibilité des endocrinologues et du matériel d'auto-contrôle du diabète, mentionnés dans le certificat médical du 4 février 2021, ainsi que des infectiologues et des laboratoires permettant de mesurer la charge virale de la requérante dans le certificat médical du 2 mars 2021, ce qui est par ailleurs reconnu par cette dernière dans le cadre du présent recours. Toutefois, la requérante prétend que le médecin conseil a omis de mentionner, dans son avis du 22 mars 2021, les pathologies de néphropathie, d'hypertension artérielle ou de gastrite chronique.

A la lecture du certificat médical du 2 mars 2021 précité, le Conseil observe que ces pathologies sont bien mentionnées dans l'historique médical mais que le médecin de la requérante ne les a pas reprises dans le diagnostic et n'a même pas fait mention de la nécessité d'un suivi par un néphrologue ou encore un gastroentérologue, de sorte qu'il ne peut être fait grief à la partie défenderesse de ne pas avoir examiné ces éléments, lesquels n'étaient plus mentionnés dans les certificats médicaux récents produits à l'appui de la demande de prolongation du titre de séjour de la requérante. Il n'appartient pas à la partie défenderesse de se référer à des documents plus anciens afin d'apprécier une situation actuelle et de pallier aux éventuels manquements de la requérante. Dès lors, ce grief n'est pas davantage fondé.

D'autre part, s'agissant du caractère « *non-durable* » de la disponibilité du raltegravir, composant du biktarvy, la requérante estime que le fait que ce composant ne soit disponible que depuis juillet 2020 ne peut conduire à la conclusion du caractère « *durable* » du médicament, et ce d'autant plus que la partie défenderesse ne le prouve pas par une information récente sur la disponibilité en 2021.

Le Conseil estime, à ce sujet, que rien ne démontre que ce médicament ne serait plus disponible aujourd'hui, la requérante ne fournissant aucune preuve à ce sujet et se contentant de faire état de supputations qui ne sont nullement étayées. De même, la requérante ne démontre pas davantage un quelconque problème pour l'approvisionnement de ce médicament. Or, elle ne peut se contenter d'émettre des critiques sans démontrer que ces dernières sont fondées et justifiées.

Quant à l'éventuel impact de la pandémie sur l'approvisionnement du médicament, cet élément n'a nullement été invoqué préalablement à la prise de l'acte attaqué de sorte que ce grief s'avère sans fondement.

S'agissant de la question de l'accessibilité du traitement nécessaire à la requérante, le médecin conseil de la partie défenderesse a estimé dans son avis médical que « […] *le site Internet de l'International Labour Organization (ILO) indique que plusieurs institutions et organisations (à titre d'exemple : Essentiel international) ont joué un rôle important dans la mise en place de programmes qui favorisent l'accès au plus grand nombre à des soins de qualité (dans le cadre de la protection sociale de l'économie informelle) notamment via la mise en place et le développement de mutuelles et organisations mutualistes.*
Ajoutons que le dispensaire Saint-Gabriel , fondé par FIDESCO - ONG Catholique Française de Coopération - dans la banlieue de Conakry, permet de passer une consultation, les éventuels examens nécessaires et recevoir les médicaments prescrits pour un prix forfaitaire d'1€ pour un enfant et de 3€ pour un adulte.
Notons également que dans le cadre d'une demande 9ter, il ne faut pas démontrer que la requérante est éligible pour bénéficier gratuitement du traitement requis mais démontrer que le traitement lui est accessible (ce qui n'exclut pas une éventuelle gratuité de celui-ci).
En effet, il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressée soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014) », ce qui n'a pas été valablement remis en cause par la requérante dans le cadre du présent recours.

En effet, il ressort du recours que la requérante se contente de mentionner que l'accès à un suivi de qualité n'est pas garanti en Guinée et qu'il y existe des ruptures de stocks fréquentes. La requérante fait référence à un rapport de l'OSAR du 12 octobre 2018 pour appuyer l'existence de ruptures de stocks. Elle fait également mention d'une attestation du 30 mai 2021 d'un médecin l'ayant suivie au pays d'origine.

A cet égard, d'une part, la requérante tente de prendre le contre-pied des déclarations faites dans l'avis médical sans que cela soit justifié par l'existence d'une erreur manifeste d'appréciation et, d'autre part, cette dernière n'étaye pas ses affirmations par des éléments concrets et pertinents qui démontreraient que ces situations la concernent personnellement. Dès lors, c'est à juste titre que le médecin conseil a estimé que les soins nécessaires à la requérante étaient accessibles au pays d'origine.

Quant au grief selon lequel la partie défenderesse n'aurait pas procédé à une analyse de l'impact de la pandémie, le Conseil n'aperçoit pas les raisons pour lesquelles elle aurait dû procéder à une telle analyse. En effet, cet élément n'a jamais été mis en avant par la requérante dans le cadre de sa demande de prolongation de séjour de sorte qu'il ne peut être fait grief à la partie défenderesse de ne pas s'être prononcée sur cette question.

Enfin, la requérante invoque une méconnaissance des principes de bonne administration et de sécurité juridique, du principe de proportionnalité et de légitime confiance. Or, il appartient à la requérante non seulement de désigner le principe méconnu mais également la manière dont il l'aurait été, *quod non in specie*. Le premier moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la méconnaissance de ces principes.

Par conséquent, la partie défenderesse a suffisamment motivé la première décision attaquée en refusant de prolonger le séjour de la requérante. En effet, les conditions sur la base desquelles l'autorisation de séjour du 27 mars 2018 a été octroyée n'existent plus ou ont changé. Ainsi, le traitement initial contre le VIH n'était pas disponible au pays d'origine, ce qui avait entrainé l'octroi d'un titre de séjour temporaire sur cette base. Or, actuellement, le médicament nécessaire à la requérante, ayant été changé, et la partie défenderesse ayant démontré l'accessibilité de ce dernier en Guinée, les conditions de base ayant mené à l'octroi d'un titre de séjour temporaire ont changé et ce de manière durable, aucun élément ne laissant penser le contraire. Les dispositions et principes cités au premier moyen n'ont nullement été méconnus.

3.3.1. S'agissant du second moyen portant sur la méconnaissance de l'article 3 de la Convention européenne précitée, la requérante ne démontre, à aucun moment, en quoi son retour au pays d'origine entrainerait un traitement inhumain et dégradant dans son chef, cette dernière n'apportant aucun élément probant à ce sujet.

En outre, il ressort de l'avis médical du 22 mars 2021 que le médecin conseil de la partie défenderesse a procédé à un examen de la disponibilité et de l'accessibilité des soins au pays d'origine, ce qui n'a pas été valablement remis en cause par la requérante dans le cadre du présent recours.

De plus, l'application de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 englobe l'article 3 de la Convention européenne précitée visant à éviter tout risque de traitements inhumains et dégradants en cas d'éloignement. Or, comme souligné *supra*, la partie défenderesse ayant procédé à un examen de la disponibilité et de l'accessibilité des soins au pays d'origine, il ne peut nullement être question d'une violation de l'article 3 de la Convention européenne précitée.

3.3.2. Le second moyen n'est pas fondé.

3.4. S'agissant de l'ordre de quitter le territoire attaqué, selon l'article 13, § 3, 2°, de la loi précitée du 15 décembre 1980, le Ministre ou son délégué « *peut donner l'ordre de quitter le territoire à l'étranger autorisé à séjourner dans le Royaume pour une durée limitée, fixée par la loi ou en raison de circonstances particulières propres à l'intéressé ou en rapport avec la nature ou de la durée de ses activités en Belgique, dans un des cas suivants:*
[…]
2° lorsqu'il ne remplit plus les conditions mises à son séjour; […] ».

En l'espèce, l'ordre de quitter le territoire querellé est fondé sur l'article 13, § 3, 2°, de la loi précitée du 15 décembre 1980 et repose sur le constat selon lequel la requérante *« […] ne remplit plus les conditions mises à son séjour : la demande de prorogation du titre de séjour accordé sur base de*

l'article 9ter, datée du 12.03.2021, a été refusée en date du 22.03.2021 », motif qui a été confirmé dans les paragraphes précédents.

En outre, l'ordre de quitter le territoire n'a fait l'objet d'aucun grief particulier dans le cadre du présent recours, et de plus, étant l'accessoire de la décision de refus de prorogation de la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, à laquelle il est étroitement lié et dont le recours a été rejeté, il convient de réserver un sort similaire à l'encontre de ce second acte litigieux.

4. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation ne peut être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

5. Le recours en annulation étant rejeté par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

PAR CES MOTIFS, LE CONSEIL DU CONTENTIEUX DES ETRANGERS DECIDE :

Article unique

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-huit octobre deux mille vingt-et-un par :

M. P. HARMEL,	président f.f., juge au contentieux des étrangers,
M. A. IGREK,	greffier.

Le greffier,	Le président,
A. IGREK.	P. HARMEL.